



Universidad
Zaragoza



Intervención sobre auto-agresiones en pacientes plurideficientes mediante técnicas de estimulación multisensorial.

(Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional)

Ana Gairín Muñoz

Profesor Tutor: D. Daniel Gan Benedí

ÍNDICE

Página

Resumen -----	1
Introducción -----	1
Objetivos -----	4
Metodología -----	5
Desarrollo -----	7
Conclusiones -----	8
Bibliografía -----	9
Anexo I -----	12
Anexo II -----	14

RESUMEN

En este trabajo, se aborda la intervención desde terapia ocupacional de un paciente diagnosticado de Trastorno Esquizoafectivo y discapacidad intelectual que presenta autolesiones continuas desde la infancia. El objetivo principal de la intervención es disminuir el malestar que provoca las autolesiones para mejorar la calidad de vida del paciente, ofreciéndole la estimulación adecuada en un ambiente controlado.

La metodología utilizada será una combinación de la Teoría de la Integración Sensorial [1] y la Estimulación Basal [2], utilizando para ello el mismo recurso, la Sala de estimulación multisensorial (sala Snoezelen), y los diferentes instrumentos que esta ofrece. Como método de evaluación se ha utilizado la observación directa del personal del centro en los diferentes momentos del día y en diferentes espacios de la residencia.

La intervención se ha realizado en sesiones semanales de una hora junto con otra usuaria de la residencia, con problemática similar. En la actualidad la intervención continúa y se mantiene la observación directa del personal como método de reevaluación.

Tras un año y medio de intervención, los resultados obtenidos quedan delimitados al momento de la intervención y las horas posteriores, quedando pendiente la generalización de estos resultados positivos a otros momentos del día.

INTRODUCCIÓN

El término enfermedad mental grave es utilizado para definir a un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental de larga duración [3]. Entendiendo que la manifestación clínica de un trastorno, su gravedad y la incidencia sobre el funcionamiento son el resultado de una interacción entre numerosos factores: unos de tipo biológico (como las alteraciones en la función cerebral o la propia medicación), otros de tipo psicológico (como déficit intelectual y de memoria o baja autoestima) y otros son de origen medioambiental y socio cultural (como dificultades de acceso a los servicios comunitarios y de salud o falta de integración sociolaboral)

Este grupo de pacientes tienen necesidades generadas por las dificultades que encuentran al afrontar situaciones de adaptación a la vida diaria. Surge de esta manera la noción de discapacidad intelectual [4], en la que se destaca que los factores orgánicos y sociales dan lugar a limitaciones funcionales que se reflejan en el funcionamiento y en el desempeño de roles y tareas esperados de un individuo en un ambiente social.

En el ámbito de estudio de las personas con discapacidad intelectual, la definición de conducta problemática más aceptada hoy en día es la de Emerson [5], quien señala que se trata de conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la calidad de vida de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad.

Entre las consideradas como conductas problemáticas [6,7] incluyen agresiones, conductas destructivas o autolesiones. Y también incluyen un amplio rango de conductas que pueden resultar lesivas para el individuo (ingerir sustancias nocivas), que afectan al personal de apoyo (desobediencia o sobreactividad motora), o que alteran el funcionamiento de la sociedad (regurgitar alimentos o manipular heces)

La autoagresión en personas con discapacidad intelectual es la que, entre dichas conductas problemáticas, interesa en este estudio, dando al término autoagresión el sentido que le otorga el Diccionario de la Real Academia de la Lengua en el campo de la Psiquiatría: *conducta de una persona que la lleva a causarse daños e incluso mutilaciones a sí misma*.

Existe un número importante de trabajos acerca de protocolos e instrumentos utilizados para clasificar las autoagresiones, siendo la categorización de Favazza y Rosenthal [8] la que utilizaremos en este trabajo:

1. Automutilación mayor: se refiere a los actos que dañan seriamente una cantidad significativa de tejido fino del cuerpo (como castración o amputación de miembros). Se presenta en pacientes con patología psiquiátrica severa
2. Automutilación estereotípica: se refiere a automutilaciones repetidas y generalmente inconscientes (como golpearse la cabeza rítmicamente contra una pared o morderse). Se presenta principalmente en personas con retraso mental, autistas o psicóticas.
3. Automutilación superficial: es el tipo más observado comúnmente e incluye acciones como cortarse, rascarse hasta sangrar, o pegarse y, en general, cualquier método en que uno mismo se inflija daño físico.

A la vista de estas consideraciones resulta pertinente señalar que el tratamiento de las conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual debe afrontarse desde perspectivas que competen a la medicina, la farmacopea y la rehabilitación [9,10]. Concretamente y desde el ámbito de la Terapia Ocupacional

encontramos dos perspectivas para la actuación en el tratamiento de pacientes con discapacidad intelectual que se provocan autoagresiones:

1. La intervención de la Terapia Ocupacional basado en la estimulación sensorial es una intervención efectiva para mejorar los problemas de conducta y depresión de la persona con demencia [11]. Más concretamente se indica que la aplicación clínica de Snoezelen se ha extendido desde el campo de la discapacidad intelectual a la atención de la demencia; la justificación de su uso reside en proporcionar un ambiente sensorial menos exigente y que aprovecha las capacidades sensomotoras residuales de los pacientes [12]. De hecho tanto la agresión hacia el exterior como las autoagresiones fueron más bajas cuando los individuos se encontraban en una sala Snoezelen [13, 14]
2. Un componente central de la terapia conductual, o terapia del comportamiento, es la enseñanza de habilidades de comportamientos específicos inspirándose en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo: enseñar al paciente a emitir respuestas adecuadas ante los estímulos que les provocan respuestas inadecuadas, o bien enseñar al paciente un comportamiento más adecuado [15, 16].

El caso concreto que se describe en este trabajo, es un varón de 62 años de edad, diagnosticado de Trastorno esquizoafectivo y discapacidad intelectual (C.I. 20-49), que presenta rasgos autísticos y autolesiones. Las autolesiones se manifiestan como golpes repetitivos con las manos en la cabeza; en ocasiones se golpea con algún objeto que lleve en la mano, generalmente una radio. Estas autolesiones le producen heridas de diversa consideración y la caída del cabello de la zona golpeada. Según la clasificación anterior [8], J.G. presenta autolesiones estereotípicas.

Esta conducta patológica lleva décadas instaurada y se han probado diferentes técnicas de abordaje, fundamentalmente desde la psicología y las técnicas de modificación de conducta a base de refuerzos positivos y negativos, con escaso éxito, dada la discapacidad del paciente. Desde el equipo técnico, formado por tres psicólogos, trabajador social, enfermeras, psiquiatra, terapeuta ocupacional y personal de atención directa, se planteó la posibilidad de una intervención desde un punto de vista más físico, en el que la capacidad cognitiva del paciente no fuera un handicap. De aquí surge la idea de esta intervención combinada de estimulaciones, dado que la terapeuta ocupacional tiene formación en ambas técnicas.

La necesidad de intervención surge, en primer lugar, del enorme sufrimiento que lleva al paciente a la autolesión continua, partiendo de la idea de que las autolesiones son una manera patológica de autoestimularse; y en segundo lugar, por el sufrimiento que produce esta conducta en el personal de atención directa, puesto que las autolesiones son las conductas que mayores niveles de estrés causan al personal (según un estudio realizado en el centro por los psicólogos D. Godall y D. Gallo en el año 2008).

El centro en el que se desarrolla la intervención pertenece a un grupo de empresas que forman el grupo Pere Mata, que atiende a las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual en la provincia de Tarragona. El centro en concreto, Bellissens, es una unidad especializada de patología dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual), en el que los pacientes además, presentan trastorno grave de conducta. Se compone de dos subunidades con 50 pacientes cada una y se considera unidad de larga estancia.

La intervención se realiza en la sala de estimulación multisensorial de la que dispone el centro, la llamada sala Snoezelen en los países nórdicos. Dicho vocablo proviene de las palabras noruegas "snuffelen" (oler) y "doezelen" (somnolencia), por lo que las dos juntas sugieren una sensación indefinible de languidez [17].

OBJETIVOS

Este Trabajo de Fin de Grado consiste en realizar una investigación que conlleve una intervención desde T.O.; por lo tanto, se persiguen objetivos de distinta naturaleza:

El objetivo de la investigación es el de determinar si una técnica, la estimulación multisensorial, se conforma como una herramienta útil en el tratamiento de un paciente, diagnosticado de Trastorno Esquizoafectivo y discapacidad intelectual, que presenta autolesiones continuas

El objetivo de la intervención desde T.O. es el de disminuir el sufrimiento del paciente, dotándole de estrategias alternativas a la autolesión ofrecidas en un ambiente, la sala Snoezelen, de estímulos controlados y de baja intensidad.

Además, se persiguen otros objetivos operativos: permitir la curación de las lesiones cutáneas provocadas por las autolesiones; dotar al paciente de herramientas más saludables de autoestimulación; y disminuir el nivel de estrés

entre el personal de atención directa, dotándole de herramientas de intervención alternativas a las técnicas de modificación de conducta.

METODOLOGÍA

Como método de evaluación utilizaremos la metodología denominada observación directa participante, o registro sistemático, válido y fiable de comportamientos o conductas realizado por el investigador. Adoptamos esta metodología [18, 19], porque permite describir modelos de comportamiento en el momento en que se producen.

Puesto que hay una selección previa, la observación directa experimental consistirá en observar al paciente en pleno desarrollo de la actividad, anotar todos los datos claves que se han observado, y elaborar las conclusiones a partir del análisis de dichos datos. Desde el departamento de psicología, junto con la terapeuta ocupacional, se elaboró un instrumento de recogida de datos para facilitar el proceso de evaluación del equipo cuidador; este cuestionario reproduce en el Anexo I. Este instrumento, no validado, puso de manifiesto que las autolesiones ocurrían con mayor frecuencia e intensidad cuando el paciente se encontraba en ambientes con mayor número de estímulos (comedor, salas comunes...), y disminuían en espacios abiertos o en espacios cerrados pero con poco ruido. En estas condiciones se decidió que la sala de estimulación multisensorial sería el lugar idóneo para la intervención, ya que los estímulos son controlados por la terapeuta.

Antes de iniciar las sesiones se informó al tutor del paciente en los términos que figuran en el Anexo II: consentimiento informado,

Se diseñó una sesión semanal de una hora de duración, de 12 a 13 horas, en la sala Snoezelen. Las sesiones, por motivos organizativos del centro, son compartidas con otra residente de problemática similar, lo que en ocasiones supone un problema porque no pueden controlarse todos los estímulos. En ningún momento se obliga al paciente a hacer uso de ningún aparato de la sala dada la voluntariedad de la intervención [1].

Las sesiones comienzan adecuando la sala con estímulos visuales procedentes de un proyector y estímulos auditivos relajantes procedentes del equipo de música. Mientras, el paciente, deja su objeto de apego (radio) y se descalza, preparándose

para la sesión. A continuación se le invita a sentarse en la colchoneta de vibración, para relajar su tensión muscular y preparar su cuerpo para los inputs posteriores.

Después se le invita a la cama de agua, elemento fundamental en la intervención, ya que supone una estimulación propioceptiva que engloba a todo el cuerpo y sobre la que la terapeuta trabaja de muy diversas maneras. Las manipulaciones y las presiones sobre el cuerpo en esta superficie de agua templada transmiten efectos muy placenteros e intensos [17]. Una vez en la cama de agua, se comienza con las presiones profundas, pues como describió Ayres [1], la presión táctil profunda ayuda a los niños a organizarse porque activa receptores táctiles que llegan a varias áreas cerebrales. En el caso de J.G. él se coloca tumbado en decúbito supino con la cabeza apoyada en las piernas de la TO y se comienza con presiones profundas de gran intensidad (primero ambos huesos parietales, luego frontal y occipital y termina con mandibular y parte superior del parietal), ya que el paciente requiere de esta presión para conseguir un estado de relajación. Una vez concluida la cabeza, y siempre que el paciente esté en condiciones de continuar con la sesión, las presiones se realizan en el resto del cuerpo, en los segmentos largos de los huesos.

La estimulación táctil sigue los principios básicos de la estimulación basal [2]:

- Principio de contraste: tras una presión profunda intensa y continuada, se elimina el estímulo.
- Principio de simetría: la estimulación ocurre en ambos hemisferios con idénticas características de intensidad y duración.
- Principio de ritmo: las presiones deben presentarse con cierto ritmo.
- Principio de latencia. Es el saber esperar la respuesta del paciente, que generalmente no reacciona inmediatamente (excepto las respuestas evasivas que sí aparecen rápidamente).
- Principio de equilibrio: la sesión debe estar bien estructurada y equilibrada, estimulando cada parte el tiempo necesario.
- Interacción personal: el momento de la intervención es único para que se produzca una interacción terapeuta-paciente. En este caso, con los rasgos autísticos de J.G., es de vital importancia el contacto visual, la aparición de la sonrisa espontánea, etc.

Una vez concluida la sesión de presiones profundas, y siempre dependiendo de la disposición del paciente, se realizan presiones más globales con las pelotas de

psicomotricidad. En este caso, el paciente se coloca sobre la colchoneta de agua en decúbito prono, y la terapeuta coloca sobre él la pelota y ejerce presión con todo su cuerpo sobre la pelota. En [20] se describe cómo la presión profunda le ayuda a relajarse en momentos de tensión, y cómo este descubrimiento le llevó a crear un instrumento, "la máquina de abrazar", que le ofrecía la posibilidad de recibir este estímulo sin la necesidad de que nadie la tocara.

La sesión puede terminar con algo de estimulación vestibular lineal, que ha demostrado en diferentes estudios [2, 21-24], el poder que tiene sobre el SN. El input vestibular lineal es un estímulo relajante, siempre y cuando el paciente tenga predisposición a recibirlo. Si no es así, la sesión concluirá en la colchoneta de agua, dándole tiempo al paciente a reorganizarse y volver a la actividad cotidiana.

Durante toda la sesión es muy importante anunciarle al paciente cual es el siguiente paso; esto le ayuda a prepararse para la sesión, disminuye su ansiedad y le hace partícipe del ritmo de la sesión.

DESARROLLO

La intervención en el aula multisensorial con J.G. comenzó en abril de 2011. En las tres primeras sesiones se negó a participar en las actividades ofrecidas por la terapeuta, pero aceptó entrar en la sala lo que ya le produjo un estado de relajación mayor que de haberse quedado en el pabellón. A partir de la cuarta sesión fue aceptando pequeñas intervenciones, como descalzarse y sentarse junto a la TO en la cama de agua o despegarse de su objeto de apego (radio).

Con el transcurrir de las sesiones, aceptó la aplicación de presiones profundas y descubrió el placer de éstas. Fueron muy notorias las reacciones positivas a este estímulo, manifestándose en la expresión de su cara y en la disminución radical del tono muscular de todo el cuerpo. En ocasiones, él mismo coge las manos de la TO y se las lleva a la cabeza para que ésta ejerza presión.

La colchoneta vibratoria comenzó a utilizarla una vez transcurridas 10 sesiones, a pesar de que la TO le invitaba en todas las sesiones. Una vez que aceptó probarla, se produjo un efecto relajante inmediato. No obstante, solo en el 60% de las sesiones acepta su uso.

El estímulo vestibular tampoco lo aceptó desde el principio, sino que es algo muy esporádico. Cuando acepta su uso, es muy importante que la TO transmita

tranquilidad con su propio cuerpo, columpiándose con él y manteniéndolo firme sujetándole de sus caderas.

Sólo en 10 sesiones se ha negado tajantemente a acudir a la sala; en estos casos se insiste un determinado tiempo y se abandona el intento, puesto que hacerlo obligado puede tener efectos contraproducentes. En los días en que se ha negado a acudir a la sala, se ha observado algún malestar somático. La intervención se paró durante dos meses por un proceso de descompensación psiquiátrica (diciembre 2011- enero 2012).

Como ya se ha señalado, en el desarrollo de la investigación se han detectado algunas dificultades de tipo estructural (como organizar las sesiones atendiendo a las necesidades de otros pacientes y al desempeño de otras tareas del terapeuta), y otras de tipo médico (que han afectado al estado físico y mental del paciente), que han influido en la intervención. También se han detectado limitaciones para llevar a cabo las evaluaciones por cuanto la observación directa no ha permitido captar plenamente las reacciones del paciente durante la intervención; la utilización complementaria de recursos tecnológicos aportaría nuevos datos.

CONCLUSIONES

Tras dos años de una intervención desarrollada como se ha comentado con anterioridad, se pueden deducir conclusiones como las siguientes:

- La estimulación multisensorial se ha mostrado como una herramienta útil en el tratamiento del paciente J.G., por cuanto han disminuido la frecuencia e intensidad de las autoagresiones en el momento de la intervención y en las horas posteriores; y así lo ponen de manifiesto tanto la terapeuta como los partes de incidencia elaborados por el personal de atención directa.
No obstante, para confirmar la plena utilidad de la técnica en la completa erradicación de las autoagresiones, así como su generalización a otros enfermos de características similares, es necesario realizar nuevas investigaciones que contemplen la prolongación temporal del tratamiento y la participación de otros pacientes.
- Los días que J.G. acude a la sala se observa que durante la sesión y las tres horas siguientes a la conclusión de dicha sesión, se muestra más relajado y se provoca un menor número de autoagresiones. Se alcanza, por lo tanto, el

objetivo de disminuir el sufrimiento del paciente porque dispone de estrategias alternativas a la autolesión.

Pero es necesario profundizar en el estudio de los estímulos utilizados en la sala Snoezelen con la finalidad de aumentar el número de horas en las que el paciente no se provoca autolesiones.

- También se han conseguidos algunos objetivos operativos: al disminuir la frecuencia e intensidad de las autolesiones se ha mejorado el estado de las lesiones cutáneas, aunque no se ha logrado que desaparezcan; y también ha disminuido el nivel de estrés entre el personal de atención directa, puesto que, como certifica el propio personal, el paciente está mucho más relajado al finalizar las sesiones.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ayres, A.J. La integración sensorial y el niño. Benito Juárez (México): Editorial Trillas; 2006.
- [2] Fröhlich, A. Comienzos de una estimulación temprana global en el aspecto sensomotor. Siglo Cero 1982; (82): 20-27.
- [3] Vega, V. Apoyos, servicios y calidad de vida en centros residenciales chilenos para personas con discapacidad intelectual. Colección Vítor. Ediciones Universidad de Salamanca; 2011.
- [4] Schalock. R, Luckasson R, y Shogren K. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. Siglo Cero 2007; 38 (4)(224): 5-20.
- [5] Emerson, E. Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities. (2nd ed.). London: Cambridge University Press, 2001.
- [6] Arias, B., Irurtia, M.J. y Gómez, L.E. Conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar sobre dimensionalidad y propuesta de clasificación. Behavioral Psychology / Psicología Conductual 2009, Vol. 17, nº 2: 257-275.
- [7] Rojahn, J.; Zaja, R. H.; Turygin, N.; Moore, L. y van Ingen, D. J. Functions of maladaptive behavior in intellectual and developmental disabilities: Behavior categories and topographies. Research in Developmental Disabilities 2012. Vol. 33: 2020-2027.

- [8] Favazza A.R. y Rosenthal R.J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993. Vol.44: 134-140.
- [9] Mark R. Serper. M.; Goldberg, B. R. ; Hermana, K. G.; Richarme, D.; Choub, J.; Dilla, C. A. y Cancro, R. Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Comprehensive Psychiatry* 2005. Vol 46: 121-127.
- [10] Kuhn D., Hagopian L. y Terlonge C. Treatment of life-threatening self-Injurious behavior secondary to hereditary sensory and autonomic neuropathy type II: a controlled case study. *Journal of child neurology* 2008. Vol 23: 381-388.
- [11] Kim, S, Yoo. E, Jung, M., Park, S. y Park, M. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuro Rehabilitation* 2012. Volume 31; nº 2: 107-115.
- [12] Chung, J.C., Lai, C.K., Chung, P.M. y Francés, H.P. Snoezelen para la demencia. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2002. Número 4, páginas arte. No.: CD003152. DOI: 10.1002/14651858.CD003152.
- [13] Singh, N, Wahler, R. G.; Adkins, A, G. y Myers, R. E. Soles of the Feet: a mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities* 2003. Vol. 24: 158-169.
- [14] Singh, N. N.; Lancioni, G., Winton, S.; Singh, J, Singh, A. y , Singh, A. D. Peer with intellectual disabilities as a mindfulness-based anger and aggression management therapis. *Research in Developmental Disabilities* 2011. Vol. 32: 2690-269.
- [15] Gibson, R.W., D'Amic, M., Jaffe, L. y Arbesman, M. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy* 2011, Vol. 65; nº 3: 247-56.
- [16] Neacsiu, A.D., Rizvi, S.L. y Linehan, M. M. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy* 2010. Vol. 48: 832-839.

- [17] Lázaro, A. Aulas multisensoriales y de psicomotricidad. Zaragoza: Mira editores; 2002.
- [18] Chiavenato, I. Administración de recursos humanos. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.
- [19] Drury, C. G. Methods for direct observation of performance. En Wilson, J.R. y E. N. Corlett, E.N. (eds.): Evaluation of human work. London: Taylor and Francis; 1992.
- [20] Grandin, T. Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo. Barcelona Alba Editorial, 2006.
- [21] Ayres, A.J. (1973). Sensory Integration and Learning Disorders. California, (USA): Western Psychological Services; 1973.
- [22] Ayres, A.J. The Development of Sensory Integrative Theory and Practice: A Collection of the Works of A. Jean Ayres. Iowa (USA): Kendall/Hunt Pub Co; 1974.
- [23] Heiniger, M. C. y Randolph, S.L. (1981). Neurophysiological concepts in human behavior: The tree of learning. St. Louis (USA): Mosby; 1981.
- [24] Fröhlich, A. (1993). La stimulation basale. Edition SZH/SPC

ANEXO I

CENTRE BELLISSENS

QÜESTIONARI SOBRE ELS TRASTORNS DE CONDUCTA

Marcar amb una X el que correspongui:

Sexe:	Home:	<input type="checkbox"/>
	Dona:	<input type="checkbox"/>
Edat:	18 - 25	<input type="checkbox"/>
	26 - 35	<input type="checkbox"/>
	36 - 50	<input type="checkbox"/>
	> 50	<input type="checkbox"/>

Anys que porto treballant a Bellissens:

< de 2:	<input type="checkbox"/>
Entre 2 i 5:	<input type="checkbox"/>
> de 5:	<input type="checkbox"/>

Anys que he treballat a MESTRAL:

< de 2:	<input type="checkbox"/>
Entre 2 i 5:	<input type="checkbox"/>
> de 5:	<input type="checkbox"/>

De la següent llista, marca al costat de cada usuari el que correspongui:

Amb quins 5 usuaris et sents MILLOR treballant? (Marcar amb +)

Amb quins 5 usuaris et sents PITJOR treballant ? (Marcar amb --)

Amb quins 5 usuaris et sents INDIFERENT treballant ? (Marcar amb O)

XXXXX	<input type="checkbox"/>
YYYYY	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

ZZZZZZ	<input type="checkbox"/>
TTTTTT	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

En base al següent llistat de conductes, contesta aquestes preguntes segons correspongui:

Escull les dues conductes que TOLERIS MILLOR (Marca T+)

Escull les dues conductes que TOLERIS PITJOR (Marca T -)

Escull les dues conductes que MANEGIS MILLOR (Marca M +)

Escull les dues conductes que MANEGIS PITJOR (Marca M -)

Escull les dues conductes que el T'AFECTIN personalment (Marca A +)

Escull les dues conductes que NO T'AFECTIN personalment (Marca A -)

Llistat de conductes:

Donar-se cops ell mateix	<input type="checkbox"/>
Tallar-se, clavar-se o empassar-se objectes	<input type="checkbox"/>
Mossegar-se, estirar-se els cabells, esgarrapar-se	<input type="checkbox"/>
Picar amb mans i peus o llençar objectes a altres usuaris	<input type="checkbox"/>
Tallar o ferir a altres companys	<input type="checkbox"/>
Agredir al personal	<input type="checkbox"/>
Trencar i espatllar intencionadament objectes	<input type="checkbox"/>
Llençar i colpejar intencionadament objectes	<input type="checkbox"/>
Riure o plorar sense motiu	<input type="checkbox"/>

Cridar i xisclar	
Interrompre i assetjar	
Buscar baralles o discutir	
Abraçar-se en excés a altres, importunar	
Balancejar-se, deambular sense motiu	
Retorçar-se els dits, mossegar-los o xupar-los	
Presentar tics, fer ganyotes, sorolls estranys, bruxisme	
Parlar sol	
Mirar fixament alguna cosa o a algú	
Menjar objectes o coses no comestibles (terra, pedres, fulles, etc.)	
Anar moltes vegades al WC, a beure aigua, etc.	
Blasfemar, llenguatge vulgar i despectiu, insultar	
Dir mentides	
Apropar-se massa o tocar en excés a altres	
Amençar	
Eruptar, escopir, tirar-se ventositats	
Tocar-se els genitals	
Mantenir-se aïllat dels altres	
Expressar temors poc habituals (queixes somàtiques, por a sortir al jardí, envenenaments,...)	
Mostrar-se molt inactiu	
Distreure's continuament / falta d'atenció	
Dormir excessivament	
Parlar negativament d'un mateix	
Desobeir, no fer el que se li diu, no respectar les normes,...	
Actuar de forma desafiant, fer mala cara,...	
Negar-se a compartir o a esperar el torn	
Robar	
Enganyar	

Gràcies per la vostra col·laboració

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Primeramente nos gustaría **agradecerles su colaboración** en este trabajo sobre una técnica de intervención de Terapia Ocupacional. Sin su ayuda este estudio hubiese sido imposible de realizar, de nuevo gracias por su colaboración.

1. ¿Qué es y qué persigue este estudio?

Este estudio, dirigido y controlado por profesionales de la salud, tiene como objetivo contrastar la efectividad del tratamiento con la técnica de la integración sensorial de la sintomatología de autolesiones en pacientes plurideficientes.....,

En este momento en España no existen procedimientos o son escasos los trabajos de investigación de Terapia ocupacional específicos en este campo, por lo que le proponemos formar parte de este estudio con objeto de aumentar el conocimiento en este ámbito.

La **participación** en el estudio es **voluntaria**, nadie está obligado a participar. A su vez, puede abandonar el estudio en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.

2. ¿Cómo se realizará el estudio?

Se llevará a cabo en el departamento de Terapia Ocupacional del centro Bellissens (Tarragona), grupo Pere Mata. El estudio consta de una sesión semanal durante 24 meses.....

3. Beneficios y riesgos.

Los beneficios que supone participar en este estudio son principalmente para mejorar la calidad de vida del usuario, así como estudiar con mayor profundidad las repercusiones de los problemas cognitivos sobre la calidad de vida en este colectivo.

El estudio no supone ningún riesgo potencial para los participantes.

4. Confidencialidad de los datos

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (sexo, edad, situación basal, etc.) son los necesarios para realizar el estudio correctamente. Ninguno de estos datos será revelado a personas externas a la investigación. Su participación es anónima, sin embargo, sus nombres estarán registrados en una lista de control que será guardada

por el investigador principal y que sólo recurrirá a ella en los momentos imprescindibles.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con la ley vigente tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está debidamente justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador que le atienda.

Yo

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido realizar las preguntas necesarias sobre el estudio y he aceptado voluntariamente mi participación en este estudio.

Fecha 1 de Septiembre de 2013

Firma del participante/representado
(Manuscrita por el participante/representado)

Investigador